

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

Procréation

Ravez, Laurent

Published in:

Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne

Publication date:

2013

Document Version

Version revue par les pairs

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Ravez, L 2013, Procréation. Dans *Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne*. Editions du cerf, Paris, p. 1602-1606.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

du risque supposé. La disproportion parfois constatée – par exemple dans l'affaire des poulets belges contaminés par de la dioxine en 1999 – entre les mesures prises et le risque encouru montrent l'absence d'analyse de type « coût-bénéfice » normalement de règle ; elle ne peut que discréditer le principe de précaution.

Lorsque tous ces excès et dérives sont évités, le recours au jugement prudentiel est porteur de valeurs importantes pour la société contemporaine. Pour Olivier Godard, loin de s'opposer à la démarche scientifique, il est devenu « la condition du développement des connaissances et de l'innovation, [...] dans une société qui pourrait être tentée par une logique du refus si ses interrogations légitimes ne faisaient l'objet que d'un déni ». Bruno Latour note de même que « l'irruption de la précaution clôt une longue période de gouvernance par trop positiviste et en ouvre une autre plus ouverte aux réelles conditions de la vie en société ». Il propose en conséquence, et de façon convaincante, de le désigner plutôt comme « principe de bon gouvernement ».

BERNARD SAUVEUR.

→ Conscience. Décision. Prudence. Responsabilité. Risque.

Bibliographie.

B. CHEVASSUS-AU-LOUIS, *L'Analyse des risques. L'expert, le décideur et le citoyen*, Versailles, Quae, coll. « Sciences en question », 2007. – H. JONAS, *Le Principe responsabilité. Essai d'une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Éd. du Cerf, coll. « Passages », 1990. – Ph. KOURILSKY et G. VINEY, « Le principe de précaution », rapport au Premier ministre, Paris, La Documentation française, 1999. – Br. LATOUR, *Du principe de précaution au principe du bon gouvernement. Vers de nouvelles règles de la méthode expérimentale*, Paris, École des mines, 2000, sur Internet : www.bruno-latour.fr/poparticles/poparticle/p088.html. – R. SIMON, « Éthique de la responsabilité », Paris, Éd. du Cerf, coll. « Recherches morales », 1993.

PROCRÉATION

L'être humain ne se reproduit pas. Les biologistes nous ont appris en effet que l'espèce humaine est porteuse de vingt-trois paires de chromosomes réparties en deux lots dans les gamètes. Lors de la fécondation, le brassage génétique est tel que le produit final résultera de milliards de combinaisons possibles, faisant de facto de chaque œuf un être original, qui ne sera en rien la reproduction de ses géniteurs. L'être humain ne se reproduit donc pas, il procréé.

L'espèce humaine est caractérisée par une fertilité – c'est-à-dire une aptitude à procréer – relativement faible, au regard d'autres représentants du règne animal. Les spécialistes estiment qu'à chaque cycle féminin, d'une façon générale, un couple a approximativement une chance sur quatre de procréer, sachant que la fertilité baisse avec l'âge. Cela étant, 10 à 15 % des couples ne procréent pas dans les délais espérés. Même si, pour la plupart, les choses s'arrangent avec le temps, il reste 3 à 5 % de ces couples pour qui les chances de procréer sans traitement sont faibles, voire inexistantes.

L'infécondité, c'est-à-dire le fait de ne pas avoir procréé, peut être volontaire ou involontaire chez l'être humain. Un couple peut décider, provisoirement ou définitivement, de ne pas avoir d'enfant. Mais un couple peut également ne pas parvenir à avoir un enfant alors qu'il le souhaite et s'en donne les moyens. Dans ce dernier cas de figure, les spécialistes estiment qu'il y a un « défaut de fertilité » et parleront soit d'« hypofertilité », soit de stérilité (ou d'infertilité). Les causes de ces problèmes de fertilité sont nombreuses, mais on note que 10 % des couples consultant pour cette raison ne présentent aucune anomalie décelable (infécondité inexpiquée) ; chez les autres, la responsabilité est partagée entre les deux sexes. Les difficultés féminines sont

principalement liées à des troubles de l'ovulation, des problèmes liés aux trompes de Fallope, une endométriose¹, des atteintes cervicales ou utérines. Les causes masculines comprennent des azoospermies (absence totale de spermatozoïde dans l'éjaculat) et des oligo-astheno-tératospermies (sperme contenant des gamètes de médiocre qualité, eu égard à leur nombre, à leur forme ou à leur mobilité) de gravité variable.

La compréhension et la régulation de la procréation constituent depuis toujours une préoccupation majeure pour beaucoup d'êtres humains. La régulation de la procréation humaine peut être envisagée sous deux aspects : le premier consiste à s'opposer à la procréation lorsqu'elle n'est pas désirée, le second s'exprime, à l'inverse, à travers la recherche de moyens de procréer lorsque le processus ne s'enclenche pas spontanément, alors qu'une grossesse est souhaitée.

La volonté humaine de s'opposer à la procréation s'est exprimée de façons très diverses tout au long de l'histoire. À côté de pratiques « naturelles », comme le coït interrompu ou l'abstinence périodique, les connaissances médicales et les progrès technoscientifiques ont progressivement ouvert la voie à d'autres possibilités (préservatif féminin ou masculin, stérilet, pilule contraceptive, etc.). Mais au-delà des nombreuses méthodes contraceptives que nous connaissons, il faut également évoquer, dans ce contexte de régulation de la fécondité, l'infanticide et l'exposition, largement pratiqués dans l'Antiquité – le droit romain, par exemple, accordant au *pater* le droit de vie et de mort sur l'enfant qu'il a reconnu

comme sien –, l'avortement provoqué et la stérilisation. Dans la plupart des pays de la planète, ces pratiques, à l'exception de l'infanticide, sont légalement autorisées (ou dépénalisées) et strictement encadrées. La pilule contraceptive, mise au point par le docteur Pincus en 1958, est devenue pour beaucoup le symbole de la liberté sexuelle des femmes, mais il faut se rappeler que la contraception n'est légalisée en France que depuis 1967. Le droit à l'avortement, présenté par certains, dont beaucoup de féministes, comme l'expression du droit des femmes sur leur propre corps, a souvent été obtenu de haute lutte, l'opinion publique étant partagée entre les défenseurs du droit à la vie pour l'embryon et ceux qui ont mis en avant le calvaire des femmes réduites à des avortements clandestins dans l'insécurité totale².

Alors que beaucoup de dignitaires chrétiens laissent, in fine, aux fidèles de décider en leur conscience quelle attitude à adopter en matière de contraception, le Magistère catholique opte, quant à lui, pour une position tranchée en ce domaine. Ainsi l'instruction *Donum vitae* de la Congrégation pour la doctrine de la foi indique clairement : « La contraception prive intentionnellement l'acte conjugal de son ouverture à la procréation, et opère par là une dissociation volontaire des finalités du mariage. » Cet élément s'inscrit, selon monseigneur Sgreccia, dans la logique doctrinale du Magistère catholique qui « suit une ligne de continuité par rapport à certains fondements : le lien entre sexualité et mariage légitime, dans le sens que l'exercice de la sexualité ne trouve sens et droiture, plénitude humaine et justification, que dans le mariage légitime ; la liaison entre la

1. L'endométriose est une maladie gynécologique caractérisée par la présence du tissu de l'endomètre (couche de tissu recouvrant l'utérus) en dehors de l'utérus, par exemple sur les ovaires ou les trompes. L'endométriose peut provoquer des lésions et notamment perturber la libération de l'œuf dans les trompes ou son passage à travers celles-ci.

2. Voir à ce sujet J.-Y. LE NAOUR et C. VALENTI, *Histoire de l'avortement. XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Éd. du Seuil, 2003.

dimension unitive et la dimension procréatrice dans l'exercice de l'acte conjugal, en ce sens que l'acte conjugal doit rester ouvert à la procréation et la procréation liée à l'acte conjugal, pour chacun des actes conjugaux et non pas seulement dans la diachronicité de la vie conjugale ; la réaffirmation de la légitimité d'une responsabilité procréatrice des conjoints assumée ensemble et avec des moyens "non artificiels" ; la condamnation, en conséquence, de la contraception, de l'avortement, de la stérilisation contraceptive et de la procréation artificielle » (SGRECCIA, 2004, p. 411). Le positionnement du Magistère catholique est tout aussi ferme à propos de l'avortement¹. On ajoutera toutefois qu'on ne trouve pas d'auteur sérieux banalisant l'avortement. Il ne s'agit jamais, pour les « partisans de l'avortement », de défendre l'acte en lui-même, mais bien une liberté d'accès pour chacun, quelle que soit sa situation socio-économique, à des structures médicalisées permettant d'arrêter une grossesse devenue problématique sur le plan médical, social ou psychologique.

D'ailleurs, la dimension socio-économique de la procréation qui vient d'être évoquée n'est-elle pas parfois marginalisée dans les prises de position réflexives évoquées ? Plus précisément, certains schémas axiologiques, à distance des réalités, ne tendent-ils pas à gommer la violence structurelle qui affecte les velléités humaines de maîtrise des naissances, cette violence systémique laminant les plus pauvres et les plus démunis ? Ainsi, par exemple, la prescription de méthodes dites « naturelles » en matière de contraception tient-elle compte des réalités vécues par les plus pauvres d'entre nous : promiscuité, surpopulation, manque d'éducation, système sanitaire

déficient, etc. ? L'impossibilité matérielle, pour certaines familles indiscutablement aimantes et responsables, de faire vivre et d'éduquer leurs enfants n'appelle-t-elle pas à une ouverture pragmatique sur la nécessité de mettre en place tous les moyens possibles – autres que l'infanticide – pour éviter que la naissance d'un petit dernier ne fasse définitivement basculer tout le groupe familial dans la misère profonde ?

À côté des barrages dressés contre une fécondité que l'on ne souhaite pas, le désir de réguler la procréation humaine se manifeste également à travers les efforts déployés pour obtenir enfin une grossesse qui se fait attendre. Ces efforts ne sont réellement devenus efficaces qu'à partir du xx^e siècle, grâce aux progrès de la médecine et de la chirurgie.

Face à un problème de fertilité, trois types de prise en charge peuvent être proposés. Les prises en charge chirurgicales d'abord, qui, par exemple, corrigent les anomalies anatomiques, désobstruent les canaux, éliminent des tissus gênants, etc. Les traitements médicaux ensuite, souvent des hormones, qui vont agir sur la production des gamètes ou sur l'état des organes génitaux. Les techniques biologiques, enfin, renvoient aux dernières innovations qui ont contribué aux progrès en matière d'aide médicale à la procréation (fécondation in vitro, culture des œufs et des embryons, etc.).

Parmi ces prises en charge, certaines sont considérées comme *curatives*, parce qu'elles traitent définitivement ou provisoirement la stérilité du couple. D'autres peuvent être qualifiées de *palliatives*, parce qu'elles cherchent à offrir aux couples demandeurs l'enfant désiré sans traiter pour autant le problème sous-jacent. Ces techniques palliatives sont désignées par les expressions génériques « procréation médicalement assistée » (PMA) et, de plus en plus, « aide (ou assistance) médicale à la procréation » (AMP). Parmi les techniques d'AMP, les

1. Voir l'article « Avortement » de ce dictionnaire, p. 000-000. On pourra également consulter SGRECCIA, 2004, p. 453 s.

plus connues sont l'insémination artificielle (IA) et la fivete (fécondation in vitro et transfert d'embryons).

L'AMP a fait l'objet d'innombrables critiques. Sur un plan strictement éthique, on pourrait classer ces critiques selon trois catégories : la médicalisation de la procréation, le bouleversement des structures de filiation et le statut de l'embryon.

La médicalisation de la procréation, dont certains accusent l'AMP, trouverait une concrétisation à travers, d'une part, la montée en puissance d'un état d'esprit faisant de l'enfant un besoin à satisfaire immédiatement et, d'autre part, la pathologisation de la stérilité.

Envisagé comme un besoin, l'enfant, dès lors qu'il est souhaité, devrait être obtenu au plus vite et dans les meilleures conditions. Le désir – celui qui pousse deux êtres humains l'un vers l'autre, faisant parfois advenir un enfant – s'effaçant devant le besoin, chacun aurait droit à voir ce dernier comblé. Dans ce contexte de « nécessité », la stérilité ne peut être envisagée que comme un obstacle à la satisfaction du besoin d'enfant. La médecine est alors sollicitée pour pallier cette carence organique. Certains ont cependant fait remarquer que pathologiser ainsi la stérilité représentait un risque majeur : celui d'étouffer une éventuelle souffrance psychique à l'origine du problème. En déployant son arsenal biotechnologique, l'AMP se rendrait sourde et aveugle à la dimension psycho-affective, élément pourtant non négligeable dans de nombreux cas d'infertilité.

L'AMP a également été accusée de bouleverser les structures de filiation, en menaçant ainsi de déstructurer l'ancrage familial de l'être humain. On sait, en effet, que si l'insémination artificielle avec donneur (IAD)¹ a ouvert la voie à une

possible dissociation médicale entre la filiation sociale et la filiation biologique, le père social n'étant plus le père biologique des enfants portés par sa compagne², la fivete avec donneur(s) a élargi encore le cadre de cette dissociation. Une femme peut ainsi, après avoir bénéficié d'un don d'ovules ou même d'embryon, accoucher d'un enfant qui n'aura aucun lien biologique ni avec elle, ni avec son conjoint.

Enfin, à côté de la médicalisation de la procréation et du bouleversement de la filiation, la question du statut moral de l'embryon est régulièrement invoquée comme argument critique par les détracteurs de l'AMP. La question est évidemment cruciale car un embryon humain ne pourra pas être traité de la même manière selon qu'il sera considéré comme une personne ou comme un amas cellulaire. Les chercheurs n'ont cependant pas attendu que les philosophes et les moralistes se mettent d'accord. Se passant de certitudes à propos de ce statut moral, la recherche a utilisé et continue à utiliser des embryons humains, arguant de la nécessité scientifique et clinique de cette utilisation. Certaines critiques n'ont pas alors manqué de dénoncer dans ces manœuvres propres à l'AMP l'expression d'une éthique opportuniste. Au lieu de déterminer la légitimité des pratiques expérimentales sur l'embryon humain à partir d'un statut moral clair, certains chercheurs lui construiraient un statut *ad hoc* légitimant des manipulations présentées comme nécessaires.

Ces critiques de nature éthique ont bien entendu leur pertinence, mais elles gommement

son conjoint (insémination artificielle intraconjugale ou IAC) ou d'un tiers (insémination artificielle avec donneur ou IAD).

2. Il s'agit bien ici d'un cadre médical. Il va de soi en effet que d'autres occurrences, non médicales cette fois, de dissociation existent : l'adoption en est l'exemple le plus clair.

1. L'insémination artificielle consiste à introduire dans les voies génitales d'une femme le sperme de

deux éléments essentiels du débat : d'une part, la terrible souffrance des couples involontairement inféconds, et, d'autre part, la relative efficacité des techniques d'assistance médicale à la procréation dans le soulagement de cette souffrance.

Des dizaines de milliers d'enfants naissent chaque année en parfaite santé partout dans le monde grâce à ces techniques procréatives, offrant ainsi un bonheur inespéré à des hommes et des femmes qui deviendront dans la grande majorité des cas de magnifiques parents.

En ce domaine, la souffrance humaine pourrait constituer un intéressant outil de discernement éthique, mais un outil à manier avec précaution et en gardant à l'esprit une exigence d'équité, sous peine d'alourdir encore la souffrance des acteurs concernés. La prudence s'impose en effet face aux biotechnologies utilisées par l'assistance médicale à la procréation. On ne peut raisonnablement espérer de celles-ci une autorégulation éthique. Comme l'a montré Jacques Ellul, le progrès technique n'obéit pas à une logique morale, mais est essentiellement déterminé par un puissant courant qui pousse l'être humain à explorer tous les possibles : « Tout ce qu'il est possible techniquement de faire, il faut le faire. » Sachant dès lors que les techniques en général, y compris bien sûr les techniques procréatives, ne se préoccupent pas en tant que telles des finalités qu'elles poursuivent, un encadrement strict, à la fois éthique et juridique, s'avère indispensable.

Par ailleurs, si l'on accepte l'idée que la souffrance de la stérilité est universelle, ne devrait-elle pas alors pouvoir être combattue universellement, dans le refus des injustices socio-économiques qui rendent les nouvelles techniques procréatives inaccessibles aux plus démunis ?

LAURENT RAVEZ.

→ Contraception. Éthique biomédicale. Famille. Parentalité. Sexualité.

Bibliographie.

J.-Cl. HUMEAU et F. ARNAL, *La Procréatique. Les biotechnologies et la reproduction humaine. Histoire et éthique*, Montpellier, Sauramps médical, 2003. – J. LANSAC, F. GUÉRIF *et al.*, *AMP. L'assistance médicale à la procréation en pratique*, Paris, Masson, 2005. – L. RAVEZ, *Les Amours auscultées. Une nouvelle éthique pour l'assistance médicale à la procréation*, Paris, Éd. du Cerf, coll. « Recherches morales », 2006. – E. SGRECCIA, *Manuel de bioéthique. Les fondements et l'éthique biomédicale*, Paris, Mame-Édifa, 2004. – J. TESTART (dir.), *Le Magasin des enfants*, Paris, François Bourin, 1990.

PROMESSE

La promesse est l'acte par lequel une personne s'engage librement à accomplir une action dans l'avenir. Elle consiste à donner sa parole, à faire une déclaration sur l'assurance de faire ou de fournir quelque chose à quelqu'un, ce qui crée une obligation et suppose la confiance. Proche de l'engagement, du serment, de l'alliance ou du contrat, la promesse touche aux relations entre les personnes et constitue un concept fondamental de la morale sociale et politique. Par ailleurs, dans la Bible, les « promesses » divines expriment le dessein de Dieu, son engagement vis-à-vis de son peuple élu, qui en retour est invité à la confiance et à la fidélité dans l'attente de leur accomplissement. Promesse et loi se comprennent l'une par l'autre. Les chrétiens se reconnaissent « héritiers de la promesse » faite aux israélites (voir Ga 3, 29) et interprètent celle-ci comme la bonne nouvelle du salut « accomplie en Jésus Christ » et promise à tous les hommes (voir Ac 13, 32). La promesse contient donc une double et riche signification éthique et religieuse qui